

Dr. med. dent. Ruth Swaneburg
Tätigkeitsschwerpunkte Endodontie; Funktionsdiagnostik u. Schienentherapie

Dr. med. dent. Uwe Swaneburg, M.Sc., M.Sc.

DGParo-Spezialist für Parodontologie®

Master of Science in Parodontologie u. Implantattherapie, Master of Science in Periodontology (DGParo)

Dr. med. dent. Wiebke Emich, M.Sc.

Master of Science in Kieferorthopädie, Tätigkeitsschwerpunkt Ästhetische Zahnheilkunde

Zahnärzte

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient

Herr/Frau/Kind

Name Vorname geb.

Anschrift

Straße Nr. Tel. privat / tagsüber

Postleitzahl Ort Geburtsort

Email / Handy

Email Handy

Versicherter

Name Vorname Geb.

Krankenkasse o. Versicherung

Privat / Standardtarif

Privat / Basistarif

Beruf des Patienten (auch erlernter/früherer)

Arbeitgeber

Bestellpraxis: Hinweis zur Organisation

Wir werden, falls erforderlich, gleich mehrere Termine für Sie reservieren. Dies erspart lange Wartezeiten und wir sind am vereinbarten Termin nur für Sie da. Qualitätsarbeit ist nur ohne Zeitdruck möglich. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht eingehaltene Termine, die nicht 24 Std. zuvor abgesagt wurden, nach GOZ berechnen müssen.

Gerne erinnern wir Sie an Ihre halbjährliche Kontrolluntersuchung. Wenn Sie hierfür in unser Recall-Verfahren aufgenommen werden möchten, wenden Sie sich bitte an unsere Mitarbeiter der Rezeption.

Für gesetzlich versicherte Patienten: Haben Sie eine Zusatzversicherung? ja nein

Für privat versicherte Patienten:

Haben Sie unsere Informationsblätter zur Erstattung durch Ihre private Krankenversicherung / Beihilfe erhalten?

ja nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? (z.B. Empfehlung, Internet)

BLATT BITTE WENDEN!

Aufnahmebogen

Ärztliche Behandlung:

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja wegen welcher Erkrankung? _____

Hausarzt /Facharzt:

Name, Ort: _____

Medikamente:

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____

Allergien:

Besitzen Sie einen Allergiepass? Wenn ja, bitte an der Rezeption abgeben. Vielen Dank! ja nein

Gegen welche Medikamente oder Materialien besteht bei Ihnen der Verdacht auf Überempfindlichkeit:

Latex, Antibiotikum, Sulfite, Novalgin, Eugenol, Abdruckmaterial, Ibuprofen, Paracetamol,

Welche genau? _____

Zu hoher / niedriger Blutdruck? (Bitte Zutreffendes unterstreichen) ja nein

Zustand nach Herzinfarkt?, wenn ja, in welchem Jahr: _____ ja nein

Andere Herzerkrankungen wie z.B. Klappenersatz, Rhythmusstörungen, Angina pectoris? ja nein

Sonstige Erkrankungen? Welche genau? _____

Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)? HbA1c- Wert: _____ ja nein

Magen-, Darm-, Leber- oder Nierenerkrankungen? Was genau? _____ ja nein

Epileptiforme Anfälle? ja nein

Nervenleiden oder Depressionen? Wenn ja, was genau? _____ ja nein

Bluterkrankungen oder medikamentös verursachte Blutungsneigung:

Blutungsneigung (z.B. medikamentös bedingt?) ja nein

welche Bluterkrankung? (z.B. Hämophilie) _____

Infektionserkrankungen: (Bitte Zutreffendes unterstreichen)

Leberentzündung / Gelbsucht (Hepatitis A/B/C)? ja nein

Andere Infektionserkrankungen (z.B. HIV, TBC oder Diphtherie) ja nein

Weitere Erkrankungen und Angaben:

Chronische Atemwegserkrankung, Asthma, etc. _____ ja nein

Grüner Star (Engwinkelglaukom)? ja nein

Tumorerkrankung / Strahlen- oder Chemotherapie? ja nein

Erfolgt / erfolgte eine Therapie mit Bisphosphonaten? ja nein

Rauchen Sie, wenn ja, wie viel pro Tag? _____ ja nein

Sind Sie ehemaliger Raucher? Wenn ja, wieviel pro Tag? _____ ja nein

Hatten Sie bereits eine Parodontitisbehandlung? ja nein

Leiden Sie an Mundgeruch? ja nein

Sind Sie mit Ihrer Zahnstellung unzufrieden? ja nein

Bestehen sonstige körperliche oder geistige Behinderungen / Handicaps? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Wie groß sind Sie? _____ cm. Wie viel wiegen Sie? _____ kg.

Liegt eine Pflegebedürftigkeit vor? Wenn ja: Pflegegrad: _____ Bitte legen Sie eine Kopie vor. Vielen Dank !

Haben Sie Angst vor zahnärztlichen Behandlungen?

extreme Angst mit Nervosität viel Angst etwas Angst keine Angst

Schwangerschaft:

Besteht eine Schwangerschaft oder Stillzeit? Welcher Schwangerschaftsmonat: _____ ja nein

Röntgen:

Wurden im letzten Jahr Aufnahmen im Kopf- Kiefer- Zahnbereich angefertigt? ja nein

Wenn ja, wo? _____

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen obiger Angaben mit.

Datum _____

Unterschrift _____